

Cuidados paliativos. O que sabem e preferem os Portugueses?

Palliative Care: what do the Portuguese know and prefer?

Manuel Luís Capelas¹, Sílvia Patrícia Fernandes Coelho¹, Sandra Catarina Fonseca Simões da Silva^{1,2}, Bruna Burmeister¹, Sofia Amado Durão^{1,3}, Carla Marinho Teves¹, Ana Sofia Simões^{1,4}, Tânia dos Santos Afonso^{1,5}

¹ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Observatório Português dos Cuidados Paliativos, Portugal

² Hospital da Luz Arrábida, Equipa de Cuidados Paliativos, Portugal

³ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, Portugal

⁴ Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Unidade de Assistência Domiciliária e Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Portugal

⁵ Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Portugal

Palavras-chave

Cuidados paliativos;
Portugueses;
conhecimentos; inquérito.

Resumo

Introdução: O desenvolvimento e acessibilidade dos cuidados de saúde dependem do envolvimento direto dos cidadãos e doentes aos quais se destinam. Contudo, nem sempre estes têm o conhecimento adequado para usufruir desses cuidados, configurando-se os cuidados paliativos como um desses exemplos. O baixo nível de conhecimentos pode gerar

mitos e preconceitos sobre estes cuidados, reduzir a equidade no acesso e diminuir a qualidade dos cuidados. Só uma aferição detalhada e abrangente do conhecimento do público em geral poderá permitir concretizar campanhas educacionais e políticas dirigidas às necessidades reais.

Objetivo: Avaliar o conhecimento da população portuguesa relativamente ao conceito, objetivos e formas de trabalho em cuidados paliativos; analisar a influência de características sociodemográficas no conhecimento sobre cuidados paliativos.

Materiais e métodos: Questionário distribuído nas farmácias Holón aderentes de Portugal continental e ilhas durante os meses de julho a setembro de 2017. Amostra acidental de 795 indivíduos maiores de 18 anos. Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e analítica. O erro amostral dos dados apresentados é de 3,55% para um nível de confiança de 95%. Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Resultados: 90,4% revelam boa conceptualização do conceito de cuidados paliativos; 75,1% identifica adequadamente os seus objetivos; o modo de trabalho é reconhecido por 87,6%. Gostariam de ser cuidados no final da vida por estas equipas 84,6% e pelos seus familiares 85,7%. As palavras associadas a cuidados paliativos por mais de 50% dos participantes foram médicos e bem-estar. Praticamente todas as características sociodemográficas, de uma forma ou outra, influenciaram os resultados, com especial ênfase para a faixa etária, nível de escolaridade e rendimento económico.

Conclusão: Bom conhecimento acerca do conceito, objetivos e forma de trabalho dos cuidados paliativos. Apesar destes resultados, e tendo em conta todos os fatores influentes, importa reforçar o processo de disseminação dos conceitos-chave dos cuidados paliativos junto da sociedade portuguesa, visto que, em alguns setores, os resultados obtidos apontaram para défices importantes.

Keywords

Palliative care; Portuguese;
Knowledge; Survey

Abstract

Introduction: The development and accessibility of healthcare depend on the direct involvement of the citizens and patients for whom it is intended. However, they do not always have adequate knowledge to take advantage of this care, with palliative care being one of those examples. The

low level of knowledge can generate myths and prejudices about this care, reduce equity in access and decrease the quality of care. Only a detailed and comprehensive assessment of the knowledge of the general public can enable educational and political campaigns to address real needs.

Aims: To evaluate the knowledge of the Portuguese population regarding the concept, objectives and ways of working in palliative care. Also, to analyze the influence of sociodemographic characteristics on knowledge regarding their knowledge about palliative care.

Materials and methods: Questionnaire distributed in Holón pharmacies that adhere to mainland Portugal and islands, from July to September 2017. Accidental sample of 795 individuals over 18 years old. The data were analyzed using descriptive and analytical statistics. The sampling error of the data presented is 3.55% for a 95% confidence level. The Ethics Committee for Health of Universidade Católica Portuguesa approved this study.

Results: 90.4% show a proper conceptualization of the concept of palliative care; 75.1% adequately identifies its objectives; the way of working is recognized by 87.6%. 84.6% would like to be cared for by these teams at the end of their lives and 85.7% for their family members. The words associated with palliative care by more than 50% of the participants were doctors and well-being. Virtually all sociodemographic characteristics, in one way or another, influence the results, with particular emphasis on the age group, education level and economic income.

Conclusions: The participants revealed good knowledge about the concept, objectives and way of working in palliative care. Taking into account all the influential factors, despite these results, it is crucial to reinforce the process of disseminating the key concepts of palliative care to Portuguese society, as in some sectors the results obtained point to significant deficits.

Introdução

O sucesso e as inovações nos cuidados de saúde devem depender do envolvimento direto dos cidadãos e doentes aos quais se destinam. Contudo, nem sempre estes têm o conhecimento adequado para usufruir desses cuidados nas diferentes fases de vida/doença e promover o seu desenvolvimento. Os cuidados paliativos configuram um desses exemplos.

Apesar de atualmente os cuidados paliativos serem considerados como um importante problema de saúde pública e um direito humano,¹ poucos são os governos que o afirmam nos seus planos estratégicos de saúde pública. Menos ainda os que os colocam em prática, existindo dúvidas basais sobre o seu conceito e âmbito de ação. A sua prática é confundida e “reduzida” a “cuidados em fim-de-vida”, mesmo entre profissionais de saúde, não existindo um vocabulário comum e universal.

Se os estudos sobre o conhecimento em cuidados paliativos entre enfermeiros e médicos são cada vez mais frequentes, poucos têm sido os realizados à população civil – recetora desses serviços. Internacionalmente, foi em países desenvolvidos – como Estados Unidos da América,² Japão,³ Nova Zelândia,⁴ Itália,⁵ Austrália,⁶ Canadá⁷ e Reino Unido⁸⁻¹⁰ – que alguns desses estudos progrediram, demonstrando que a maioria dos inquiridos não estava familiarizada com os termos associados aos cuidados paliativos.

Analisando mais pormenorizadamente os resultados destes estudos, podemos ressaltar que no estudo americano² 70% não revelava possuir algum conhecimento, com 17% a revelar algum.

No estudo neozelandês,⁴ observou-se que existia uma boa conceptualização do conceito de cuidados

paliativos, com 85% dos inquiridos a indicar que os profissionais de cuidados paliativos proporcionavam o conforto necessário aos doentes com doença terminal.

Por sua vez, em oposição ao acima apresentado, o estudo de Hirai et al, realizado no Japão,³ revela que 63% dos inquiridos declara não possuir conhecimentos acerca deste tipo de cuidados.

Também preocupantes foram os dados obtidos do estudo de Benini et al,⁵ em Itália, que identificou que mais de 40% dos inquiridos nunca tinham ouvido falar de cuidados paliativos, e que apenas 23% admitia ter um conhecimento adequado ou ideia precisa do que constavam.

Não menos preocupante, num dos países com melhor desenvolvimento dos cuidados paliativos, a Austrália,⁶ os achados apontam para baixo a moderado conhecimento acerca desta tipologia de cuidados, com 38% a ser capaz de explicar a outro em que é que consistem os cuidados paliativos, 33% a conhecerem, apenas, um pouco o que são, 13% a nunca terem ouvido falar, e 16% a não estarem convenientemente cientes do que são.

Também num país de referência nos cuidados paliativos, o Canadá,⁷ embora 75% já tenham ouvido falar de cuidados paliativos, apenas 48% destes os conseguiram definir adequadamente.

Mesmo no Reino Unido, pioneiro e líder na prestação destes cuidados, pouco se sabe sobre o grau de consciência e conhecimento da população em geral para este tema. Aí, Wallace na Escócia,¹⁰ McIlpatrick et al⁹ na Irlanda do Norte e McCarthy et al⁸ na Irlanda constataram uma baixa familiarização com os cuidados paliativos. Mais em concreto, no estudo escocês identificou-se que 49% denotavam

ter algum conhecimento sobre estes cuidados, com cerca de 1/3 a não possuir qualquer conhecimento,¹⁰ ao passo que no estudo norte irlandês,⁹ 75% revelava baixo ou nenhum conhecimento do tema.

Estes dados, apesar de escassos, parecem contrastar com uma população mais envelhecida e portadora de doenças crónicas, com acrescida necessidade de acesso a estes cuidados. O baixo nível de conhecimentos pode gerar mitos e preconceitos sobre estes cuidados, reduzir o acesso equitativos aos serviços, diminuindo a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes e sua família.¹¹⁻¹⁵

Só uma aferição detalhada e abrangente do conhecimento do público em geral de cada país, poderá permitir concretizar campanhas educacionais e políticas dirigidas às necessidades reais.

Com este estudo nacional, único até à data, procurou-se colmatar esta ausência de conhecimento do tema no nosso país, através da auscultação de uma amostra da população portuguesa. Foram definidos os seguintes objetivos: 1) avaliar o conhecimento da população portuguesa relativamente ao conceito, objetivos e formas de trabalho em cuidados paliativos; 2) analisar a influência de características sociodemográficas nos conhecimentos relativamente ao seu conhecimento sobre cuidados paliativos, e se os mesmos eram influenciados pelas suas características sociodemográficas.

Materiais e Métodos

Aplicação de questionário (Apêndice 1) distribuído nas farmácias Holon aderentes de Portugal continental e ilhas, durante os meses de julho a setembro de 2017. A amostra foi acidental, num total de 795 indivíduos maiores de 18 anos.

Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e analítica. As variáveis qualitativas nominais são apresentadas sob a forma de tabela de frequências, as ordinais sob a forma de tabela de frequências, mediana e quartis, enquanto as quantitativas são apresentadas com recurso a média e desvio padrão (distribuições normais) e mediana e amplitude interquartilica (distribuições não normais). A avaliação da normalidade foi realizada com recurso aos testes de Kolmogorov-Smirnov ($n > 50$) e Shapiro-Wilk ($n \leq 50$). Para a análise estatística foram utilizados os testes de qui-quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Foram utilizados os programas estatísticos IBM SPSS v. 24.0 e Epidat v.3.1.

Assumido como significância estatística um valor de significância $p < 0,05$. O erro amostral dos dados apresentados é de 3,55% para um nível de confiança de 95%.

O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Resultados

Caracterização da amostra

No que respeita ao género, 71,6% eram do sexo feminino; as idades estavam compreendidas entre os 18 e 92 anos, com mediana de 41 anos e amplitude interquartilica de 29 anos. Quanto ao estado civil, a proporção mais elevada foi de casados com registo (44,6%) e a menor de separados (0,9%). Essencialmente, como habilitações literárias possuíam licenciatura ou superior (49,4%), com 4,6% a ter menos que a 4.^a classe. Residiam predominantemente na região de Lisboa e Vale do Tejo (53,2%) e em regiões urbanas (76,1%). A dimensão do agregado familiar era compreendida entre os 1 e 11 elementos, com mediana de 2 e amplitude interquartilica de 1. O escalão de rendimento familiar mensal líquido com maior prevalência foi o de entre 1000 e 1744 €, com 2,7% a referirem rendimentos inferiores a 300 €

Tabela 1 – Caracterização da amostra, %

Variável/indicador	F/valor	%
Sexo (n=791)		
Masculino	225	28,4
Feminino	566	71,6
Idade (n=791)		
Média	44,6	
Mediana	41,0	
Desvio padrão	17,0	
Quartil 1	29	
Quartil 3	58	
Mínimo	18	
Máximo	92	
Estado civil (n=792)		
Solteiro(a)	264	33,3
Casado(a) com registo	353	44,6
Casado sem registo (união de facto)	87	11,0
Viúvo(a)	42	5,3
Divorciado(a)	39	4,9
Separado(a)	7	0,9

Grau de instrução (n=785)		
Menos que a 4. ^a classe	36	4,6
4-6 anos de escolaridade	90	11,5
7-11 anos de escolaridade	72	9,2
12 anos de escolaridade ou curso médio	151	19,2
Frequência de universidade ou bacharelato	48	6,1
Licenciatura, mestrado ou doutoramento	388	49,4
Local de residência		
Região (n=789)		
Norte	126	16,0
Centro	127	16,1
Lisboa e Vale do Tejo	420	53,2
Alentejo	79	10,0
Algarve	33	4,2
Açores	2	0,3
Madeira	2	0,3
Tipologia (n=781)		
Rural	187	23,9
Urbana	594	76,1
Agregado familiar (n=774)		
Média	2,6	
Mediana	2	
Desvio padrão	1,3	
Quartil 1	2	
Quartil 3	3	
Mínimo	1	
Máximo	11	
Rendimento familiar (n=738)		
<300 €	20	2,7
300-599 €	53	7,2
600-999 €	165	22,4
1000-1744 €	237	32,1
1745-2999 €	174	23,6
3000-4999 €	57	7,7
≥5000 €	32	4,3
Vivência de doença crónica ou grave (n=795)		
	178	22,4
Contacto com equipas de cuidados paliativos (n=761)		
Não, embora já tivesse ouvido falar dessas equipas/unidades	494	64,9
Sim, por motivos familiares	141	18,5
Não, nunca ouviu falar dessas equipas/unidades	51	6,7
Sim, por motivos pessoais	40	5,3
Sim, por motivos familiares e pessoais	35	4,6

mensais. Reportaram ter doença grave ou crónica 22,4%, 64,9% nunca tiveram contacto com equipa de cuidados paliativos, embora já tivessem ouvido falar deste tipo de equipas, e 6,7% nunca tinham ouvido falar destas equipas (Tabela 1).

Entendimento do que são os cuidados paliativos

Mais de 90% (90,4%) entende de que é que constam os cuidados paliativos. No entanto, importa ressaltar que 6,6% ainda pensa que são cuidados que atrasam ou adiam a morte (Tabela 2).

Tabela 2 – Conceito de cuidados paliativos (n=762)

Conceito	F	%
Modo de cuidar do doente com doença avançada e incurável que pretende melhorar a qualidade de vida do doente e sua família	689	90,4
Cuidados que o doente necessita para atrasar/adiar a sua morte	50	6,6
Tratamentos e exames médicos agressivos utilizados com vista à cura do doente	13	1,7
Cuidados que são prestados a familiares de doentes que morreram recentemente	10	1,3

Este entendimento é influenciado pelo género ($p<0,001$), idade ($p<0,001$), estado civil ($p=0,020$), grau de instrução ($p<0,001$), rendimento económico ($p=0,006$), ter ou não doença crónica ($p=0,004$) e tipologia de contacto com equipas de cuidados paliativos ($p<0,001$). Nem a região onde residem ($p=0,371$) ou se residem em local urbano ou rural ($p=0,239$) influenciam a conceptualização.

No que respeita ao género, são as mulheres que apresentam melhor entendimento (92,5%) *versus* 85,5% dos homens.

Relativamente à idade, são os mais novos que melhor conceito apresentam (Tabela 3).

Tabela 3 – Conceito de cuidados paliativos, por idade, mean rank (n=761)

Conceito	Mean Rank
Modo de cuidar do doente com doença avançada e incurável que pretende melhorar a qualidade de vida do doente e sua família	364,83
Cuidados que o doente necessita para atrasar/adiar a sua morte	499,66
Tratamentos e exames médicos agressivos utilizados com vista à cura do doente	605,23
Cuidados que são prestados a familiares de doentes que morreram recentemente	608,70

Quanto ao estado civil, é nos viúvos que se identifica a menor proporção (75,6%) de participantes que adequado conceito apresentam, e nos solteiros que se regista a maior proporção (95,5%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Conceito adequado de cuidados paliativos, por estado civil, % (n=762)

Estado civil	%
Solteiro(a)	95,5
Casado(a) sem registo (união de facto)	93,1
Casado(a) com registo	88,4
Divorciado(a)	86,5
Separado(a)	83,3
Viúvo(a)	75,6

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos de cada estado civil.

Por sua vez, relativamente ao grau de instrução, verifica-se nos sujeitos com curso superior a maior proporção (97,8%) dos com conceptualização adequada, e nos com mais baixa literacia, ou seja, com menos de 4 anos de escolaridade, a menor proporção (58,8%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Conceito adequado de cuidados paliativos, por grau de instrução, % (n=755)

Grau de instrução	%
Menos que a 4. ^a classe	58,8
4-6 anos de escolaridade	78,2
7-11 anos de escolaridade	88,6
12 anos de escolaridade ou curso médio	87,1
Frequência de universidade ou bacharelato	91,3
Licenciatura, mestrado ou doutoramento	97,8

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos com cada grau de instrução.

A influência do rendimento familiar mensal ilíquido na conceptualização de cuidados paliativos verifica-se com o escalão de rendimentos em que a proporção dos que a realizam corretamente é maior, nos com rendimentos iguais ou superiores a 5000 € (96,8%), e é menor nos com menos de 300 € (70,0%) (Tabela 6).

Paradoxalmente, é nos que vivenciam uma doença crónica que se identifica a menor proporção dos que adequadamente conceptualizam os CP (83,5%), enquanto que a proporção dos que não a vivenciam é de 92,4%.

Também o contacto com equipas/serviços de CP e sua forma influencia, sendo que a proporção mais elevada dos que adequadamente conceptualizam se

Tabela 6 – Conceito adequado de cuidados paliativos, por rendimento mensal ilíquido do agregado, % (n=712)

Rendimento mensal	%
<300 €	70,0
300-599 €	80,8
600-999 €	85,2
1000-1744 €	93,5
1745-2999 €	94,7
3000-4999 €	94,4
≥5000 €	96,8

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos em cada escalão de rendimentos.

encontra nos que contactaram por motivos pessoais (97,4%), e a menor no que nunca ouviram falar destes recursos de saúde (58,0%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Conceito adequado de cuidados paliativos, por contacto com equipa de CP e sua forma, % (n=756)

Tipologia de contacto	%
Sim, por motivos pessoais	97,4
Sim, por motivos familiares	95,7
Não, embora já tivesse ouvido falar dessas equipas/unidades	92,3
Sim, por motivos familiares e pessoais	85,7
Não, nunca ouviu falar dessas equipas/unidades	58,0

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos por cada tipologia de contacto.

Objetivos dos cuidados paliativos

Dos 764 sujeitos que responderam a esta questão, 75,1% identifica adequadamente os objetivos dos cuidados paliativos, existindo aqui um desfazamento significativo entre o que entendem por cuidados paliativos e quais os seus objetivos (Tabela 8).

A identificação é influenciada, com significância estatística, pelo sexo ($p<0,001$), idade ($p<0,001$), estado civil ($p<0,001$), grau de instrução ($p<0,001$),

Tabela 8 – Objetivos dos cuidados paliativos (n=764)

Objetivos	F	%
Controlar os sintomas; cuidados individualizados e globais do doente; apoiar a família	574	75,1
Proporcionar ajuda e resposta fácil aos problemas da família para os familiares	82	10,7
Cuidar do doente dentro dos mesmos princípios e esquemas terapêuticos gerais	64	8,4
Controlo da dor, exclusivamente	44	5,8

tipologia do local de residência ($p=0,014$), rendimento mensal ($p<0,001$), por experienciar doença crónica ou grave, ou não ($p=0,018$), e por ter tido contacto com equipas de CP ($p<0,001$). A região de residência não gera influência estatisticamente significativa ($p=0,481$).

No que respeita ao género, são as mulheres que melhor identificam os objetivos dos CP (80,2%) frente a 63,3% dos homens.

Relativamente à idade, são os mais novos que melhor identificam os objetivos (Tabela 9).

Tabela 9 – Objetivos dos cuidados paliativos, por idade, *mean rank* (n=761)

Objetivos	Mean rank
Controlar os sintomas; cuidados individualizados e globais do doente; apoiar a família	340,0
Proporcionar ajuda e resposta fácil aos problemas da família para os familiares	497,9
Cuidar do doente dentro dos mesmos princípios e esquemas terapêuticos gerais	504,2
Controlo da dor, exclusivamente	535,4

Quanto ao estado civil, é nos divorciados que se identifica a menor proporção (52,6%) de participantes que identificam adequadamente os objetivos, e nos solteiros se regista a maior proporção (88,3%) (Tabela 10).

Tabela 10 – Identificação adequada dos objetivos dos cuidados paliativos, por estado civil, % (n=764)

Estado civil	%
Solteiro(a)	88,3
Casado(a) sem registo (união de facto)	78,2
Casado(a) com registo	68,9
Separado(a)	66,7
Viúvo(a)	63,4
Divorciado(a)	52,6

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos de cada estado civil.

Por sua vez, relativamente ao grau de instrução, verifica-se nos sujeitos com curso superior a maior proporção (92,2%) dos que identificam adequadamente e nos com mais baixa literacia, ou seja, com menos de 4 anos de escolaridade, a menor proporção (45,7%) (Tabela 11).

Por sua vez, são os que vivem em regiões urbanas que melhor identificam os objetivos dos CP (77,%) *versus* 68,9% dos que residem em regiões rurais.

Como já referido acima, o rendimento familiar mensal líquido influencia a identificação dos obje-

Tabela 11 – Identificação adequada dos objetivos dos cuidados paliativos, por grau de instrução, % (n=757)

Grau de instrução	%
Menos que a 4. ^a classe	45,7
7-11 anos de escolaridade	52,9
4-6 anos de escolaridade	56,8
12 anos de escolaridade ou curso médio	63,3
Frequência de universidade ou bacharelato	69,6
Licenciatura, mestrado ou doutoramento	92,2

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos com cada grau de instrução.

tivos dos cuidados paliativos. Assim, verifica-se que o escalão de rendimentos em que a proporção dos que a realizam corretamente é maior é nos com rendimentos entre 1745 e 2999 € (89,4%), e é menor

Tabela 12 – Identificação adequada dos objetivos dos cuidados paliativos, por rendimento mensal líquido do agregado, % (n=713)

Rendimento mensal	%
<300 €	20,0
300-599 €	58,5
600-999 €	66,5
1000-1744 €	77,4
1745-2999 €	89,4
3000-4999 €	81,5
≥5000 €	87,1

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos em cada escalão de rendimentos.

é nos com menos de 300 € (20,0%) (Tabela 12).

Paradoxalmente, é nos que vivenciam uma doença crónica que se verifica a menor proporção dos que adequadamente identificam os objetivos dos CP (77,7%), ao passo que nos que a vivenciam a proporção é de 76,1%.

Também o contacto com equipas/serviços de CP e sua forma influencia a identificação dos objetivos

Tabela 13 – Identificação adequada dos objetivos dos cuidados paliativos, por contacto com equipa de CP e sua forma, % (n=756)

Tipologia de contacto	%
Sim, por motivos familiares e pessoais	78,3
Não, embora já tivesse ouvido falar dessas equipas/unidades	78,3
Sim, por motivos familiares	77,1
Sim, por motivos pessoais	72,5
Não, nunca ouvir falar dessas equipas/unidades	51,0

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos por cada tipologia de contacto.

dos CP, sendo que a proporção mais elevada dos que adequadamente a realizam se encontra nos que nunca contactaram embora já tivessem ouvido delas falar (78,3%), e a menor nos que nunca ouviram falar destes recursos de saúde (51,0%) (Tabela 13).

Modo de trabalho da equipa

O modo de trabalho destes recursos é adequadamente reconhecido por 87,6% dos sujeitos (Tabela 14).

Tabela 14 – Modo de trabalho com os doentes dos recursos de cuidados paliativos (n=760)

Modo de trabalho	F	%
Em equipa, integrada por médicos, enfermeiras, assistente social e psicólogo	666	87,6
Em equipa, integrada exclusivamente por médicos e enfermeiras	44	5,8
Individual, apenas em hospitais e serviços muito especializados	35	4,6
Individual, apenas com o médico do centro de saúde	15	2,0

O reconhecimento do modo de trabalho é influenciado pela idade ($p<0,001$), estado civil ($p=0,015$), grau de instrução ($p<0,001$), rendimento económico ($p<0,001$) e tipologia de contacto com equipas de cuidados paliativos ($p<0,001$). Não se identificaram associações estatisticamente significativas entre o reconhecimento e o género ($p=0,170$), região onde vivem ($p=0,377$), tipologia do local de residência ($p=0,222$) e ter ou não doença crónica ($p=0,445$).

Relativamente à idade, são os mais novos que melhor reconhecem o modo de trabalho (Tabela 15).

Tabela 15 – Modo de trabalho com os doentes dos recursos de cuidados paliativos, por idade, *mean rank* (n=760)

Modo de trabalho	<i>Mean rank</i>
Em equipa, integrada por médicos, enfermeiras, assistente social e psicólogo	358,2
Individual, apenas em hospitais e serviços muito especializados	495,3
Em equipa, integrada exclusivamente por médicos e enfermeiras	530,6
Individual, apenas com o médico do centro de saúde	636,4

Quanto ao estado civil, são os solteiros que melhor reconhecem o modo de trabalho das equipas de CP (94,3%), e os separados que pior o reconhecem (66,7%) (Tabela 16).

Tabela 16 – Identificação adequada do modo de trabalho com os doentes dos recursos de cuidados paliativos, por estado civil, % (n=760)

Estado civil	%
Solteiro(a)	94,3
Casado(a) sem registo (união de facto)	89,7
Casado(a) com registo	85,3
Divorciado(a)	81,6
Viúvo(a)	70,7
Separado(a)	66,7

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos de cada estado civil.

Por sua vez, relativamente ao grau de instrução, verifica-se que os que melhor reconhecem são os que têm curso superior (96,2%), e os com menos de 4 anos de escolaridade são os que pior reconhecem (55,9%) (Tabela 17).

Tabela 17 – Identificação adequada do modo de trabalho com os doentes dos recursos de cuidados paliativos, por grau de instrução, % (n=754)

Grau de instrução	%
Menos que a 4. ^a classe	55,9
4-6 anos de escolaridade	79,7
7-11 anos de escolaridade	75,0
12 anos de escolaridade ou curso médio	83,6
Frequência de universidade ou bacharelato	91,3
Licenciatura, mestrado ou doutoramento	96,2

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos com cada grau de instrução.

A influência do rendimento familiar mensal líquido no reconhecimento pode ser verificada com o escalão de rendimentos em que a proporção dos que o realizam corretamente é maior, nos com rendimentos iguais ou superiores a 5000 € (96,8%), e é menor nos com menos de 300 € (52,6%) (Tabela 18).

Tabela 18 – Identificação adequada do modo de trabalho com os doentes dos recursos de cuidados paliativos, por rendimento mensal líquido do agregado familiar, % (n=709)

Rendimento mensal	%
<300 €	52,6
300-599 €	71,7
600-999 €	81,3
1000-1744 €	91,2
1745-2999 €	93,5
3000-4999 €	92,6
≥5000 €	96,8

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos em cada escalão de rendimentos.

Finalmente, neste domínio, os que mais reconhecem o modo de trabalho das equipas são os que nunca com elas contactaram, embora delas já tivessem ouvido falar (90,6%), e os que menos reconhecem são os que nunca ouviram delas falar (58,8%) (Tabela 19).

Tabela 19 – Identificação adequada do modo de trabalho com os doentes dos recursos de cuidados paliativos, por contacto com equipa de CP e sua forma, % (n=754)

Tipologia de contacto	%
Não, embora já tivesse ouvido falar dessas equipas/unidades	90,6
Sim, por motivos familiares	90,0
Sim, por motivos pessoais	87,5
Sim, por motivos familiares e pessoais	79,4
Não, nunca ouvir falar dessas equipas/unidades	58,8

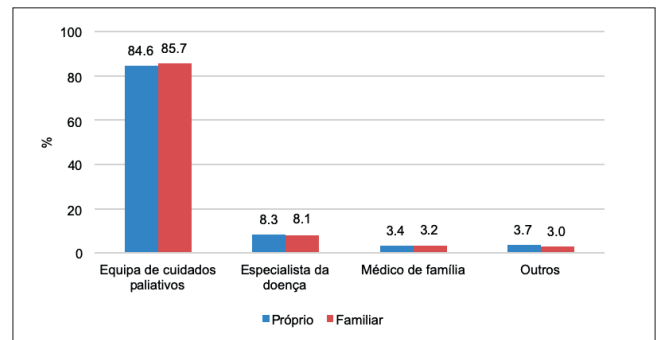
Nota: As % têm como referência o total de sujeitos por cada tipologia de contacto.

Preferências pelos cuidados

Questionada a preferência em relação a por quem gostaria que o cuidasse e a familiar próximo na presença de doença em fase avançada ou em fase terminal (próprio ou familiar), verificou-se que 84,6% preferiam que eles próprios fossem cuidados por equipas de cuidados paliativos, e 85,7% no caso de ser um familiar a vivenciar essa situação clínica (Gráfico 1).

A preferência quanto ao próprio é influenciada pelo género ($p=0,007$), idade ($p<0,001$), grau de instrução ($p<0,001$), rendimento económico ($p<0,001$) e tipologia de contacto com equipas de cuidados paliativos ($p<0,001$). Nem o estado civil ($p=0,139$), a região onde residem ($p=0,986$), a residência em local urbano ou rural ($p=0,070$), ou vivenciarem ou não doença crónica ($p=0,107$) influenciam a preferência.

Gráfico 1 – Preferência por quem gostaria de ser cuidado (próprio ou familiar) na fase terminal de doença avançada, % (n=761 | 756)



No caso da doença ser vivenciada por um familiar, a preferência é influenciada pelo género ($p=0,020$), idade ($p<0,001$), grau de instrução ($p<0,001$), rendimento económico ($p<0,001$) e tipologia de contacto com equipas de cuidados paliativos ($p<0,001$). Também nem o estado civil ($p=0,058$), a região onde residem ($p=0,791$), a residência em local urbano ou rural ($p=0,433$), ou vivenciarem ou não doença crónica ($p=0,510$) influenciam a preferência.

No que respeita ao género, tanto num caso como no outro são as mulheres (86,7% em ambos) que preferem que sejam as equipas de cuidados paliativos a intervir na fase avançada da doença (Tabela 20).

Quanto à idade, em ambos os casos, os participantes com mais idade preferem ser cuidados pelo seu médico de família. No outro extremo da idade, os mais novos, quando em situação de fase terminal de doença avançada do próprio, preferem ser cuidados por outros profissionais que não estas equipas, médico de família ou especialista, enquanto se for um familiar, preferem que sejam cuidados por equipas de cuidados paliativos (Tabela 21).

O grau de instrução é outro fator de influência simultânea, com os extremos a serem representados pelos com menos que a 4.ª classe (52,9 e 57%, consoante opção para o próprio ou para familiar,

Tabela 20 – Preferência pelo prestador de cuidados na fase terminal de doença crónica, por sexo e portador da doença (n=758 | 754)

	Doença do próprio				Doença de familiar			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
Recurso de saúde	F	%	F	%	F	%	F	%
Equipas de cuidados paliativos	171	79,2	470	86,7	175	82,9	471	86,7
Especialista da doença	27	12,5	36	6,6	21	10,0	40	7,4
Médico de família	12	5,6	14	2,6	12	5,7	12	2,2
Outros	6	2,8	22	4,1	3	1,4	20	3,7

Tabela 21 – Preferência pelo prestador de cuidados na fase terminal de doença crónica, por idade e portador da doença, *mean rank* (n=761 | 756)

	Doença do próprio	Doença de familiar
	<i>Mean rank</i>	<i>Mean rank</i>
Recurso de saúde		
Médico de família	611,6	592,0
Especialista da doença	421,3	418,4
Equipas de cuidados paliativos	368,3	365,3
Outros	355,3	406,1

respetivamente) a serem os que menos preferem que os cuidados sejam prestados por equipas de cuidados paliativos, e os com curso superior (92,4 e 93%, consoante opção para o próprio ou para familiar, respetivamente) os que mais preferem. (Tabela 22).

Tabela 22 – Preferência por ser cuidado por equipas de cuidados paliativos na fase terminal de doença crónica, por grau de instrução e portador da doença (n=754 | 749)

	Doença do próprio		Doença de familiar	
Grau de instrução	F	%	F	%
Menos que a 4. ^a classe	18	52,9	20	57,1
4-6 anos de escolaridade	62	70,5	66	74,2
7-11 anos de escolaridade	51	72,9	50	75,8
12 anos de escolaridade ou curso médio	127	86,4	122	84,1
Frequência de universidade ou bacharelato	39	84,8	41	89,1
Licenciatura, mestrado ou doutoramento	341	92,4	343	93,2

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos com cada grau de instrução.

Também o mesmo se verifica com o rendimento mensal ilíquido. Os que mais baixos rendimentos auferem, ou seja, menos de 300 €, são os que menos preferem ser acompanhados por equipas de cuidados paliativos (52,6 e 55%, consoante se trate de opção pessoal ou para familiar, respetivamente). No outro extremo, os que auferem 5000 ou mais euros (93,3 e 93,5%, consoante se trate de opção pessoal ou para familiar, respetivamente) são os que mais preferem ser cuidados por estes recursos (Tabela 23).

O contacto com as equipas influencia de forma diferente as duas opções. No caso de situação pessoal, os que menos optam pela equipa de cuidados paliativos são os que nunca ouviram falar destas equipas (48%), e os que mais optam são os que já

Tabela 23 – Preferência por ser cuidado por equipas de cuidados paliativos na fase terminal de doença crónica, por rendimento económico e portador da doença (n=709 | 705)

	Doença do próprio		Doença de familiar	
Rendimento económico mensal	F	%	F	%
<300 €	10	52,6	11	55,0
300-599 €	34	65,4	38	71,7
600-999 €	124	80,0	125	81,7
1000-1744 €	203	88,6	199	88,4
1745-2999 €	157	92,4	158	92,9
3000-4999 €	48	88,9	48	90,6
≥5000 €	28	93,3	29	93,5

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos de cada escalão de rendimento económico.

contactaram por motivos pessoais. Por outro lado, na situação de doença de familiar, os que menos optavam eram os mesmos (54%), ao passo que os que mais optavam eram os que nunca tinham contactado, embora já tivessem ouvido falar (89,8%) (Tabela 24).

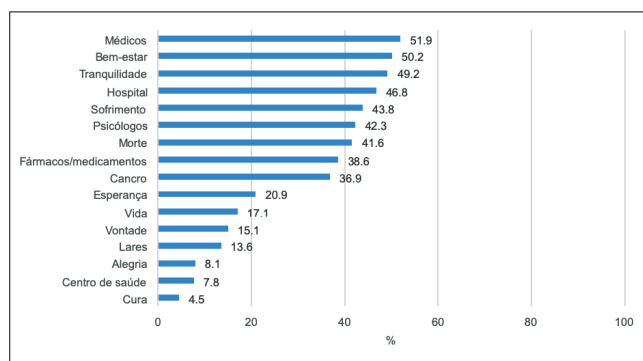
Tabela 24 – Preferência por ser cuidado por equipas de cuidados paliativos na fase terminal de doença crónica, por tipologia de contacto com equipas de CP e portador da doença (n=755 | 750)

	Doença do próprio		Doença de familiar	
Tipologia de contacto	F	%	F	%
Sim, por motivos familiares	122	87,1	120	87,0
Sim, por motivos pessoais	36	92,3	35	89,7
Sim, por motivos familiares e pessoais	25	71,4	24	68,6
Não, embora já tivesse ouvido falar dessas equipas/unidades	432	88,0	438	89,8
Não, nunca ouvir falar dessas equipas/unidades	24	48,0	27	54,0

Nota: As % têm como referência o total de sujeitos de cada tipologia de contacto.

Palavras associadas a cuidados paliativos

Por ordem decrescente, foram associadas a cuidados paliativos as palavras “médicos” (51,9%), “bem-estar” (50,2%), “tranquilidade” (49,2%), “hospital” (46,8%), “sofrimento” (43,8%), “psicólogos” (42,3%), “morte” (41,6%), “fármacos” (38,6%), “cancro” (36,9%), “esperança” (20,9%), “vida” (17,1%), “vontade” (15,1%), “lares” (13,6%), “alegria” (8,1%), “centro de saúde” (7,8%) e “cura” (4,5%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Palavras associadas a cuidados paliativos, % (n=795)

De todas as palavras, as que não apresentam associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) com algum fator são “centro de saúde”, “vida” e “vontade”.

“Médicos” são mais associados pelos mais novos ($p<0,001$), os com curso superior (55,9%) ($p=0,015$), os residentes em regiões urbanas (54,9%) ($p=0,002$) e pelos que nunca contactaram com equipas, embora já tenham delas ouvido falar (59,3%) ($p=0,007$). São menos associados pelos mais velhos, pelos com 7-11 anos de escolaridade (33,3%), pelos que residem em regiões rurais (41,7%) e pelos que nunca ouviram falar destas equipas (43,1%).

“Bem-estar” é mais associado pelas mulheres (52,7%) ($p=0,037$), mais novos ($p<0,001$), casados sem registo (62,1%) ($p=0,003$), com curso superior (62,9%) ($p<0,001$), com rendimento mensal entre 1745 e 2999 € ($p<0,001$) e pelos que já contactaram com as equipas por motivos pessoais (62,5%) ($p=0,007$). É menos associado pelos mais velhos, homens (44,4%), separados (14,3%), com menos que a 4.^a classe (19,4%), com rendimentos inferiores a 300 € (25%) e pelos que nunca ouviram falar destas equipas (33,3%).

“Tranquilidade” é mais associada pelos mais novos ($p<0,001$), pelos com curso superior (59,5%) ($p<0,001$), rendimentos iguais ou acima de 5000 € (65,6%) ($p<0,001$) e pelos que já contactaram com as equipas por motivos pessoais (67,5%) ($p<0,001$). É menos associada pelos mais velhos, pelos com menos que a 4.^a classe (25%), auferem menos que 300 € e pelos que nunca ouviram falar destas equipas (21,6%).

“Hospital” é associado mais por homens (52,4%) que mulheres (44,6%) ($p=0,044$).

“Sofrimento” é mais associado pelos residentes em zonas urbanas (46%) contra os que residem em zonas rurais (35,8%) ($p=0,015$).

“Psicólogos” são mais associados pelas mulheres (45,6%) ($p=0,002$), mais novos ($p<0,001$), com ensino superior (49,7%) ($p<0,001$), com rendimentos entre 1745 e 2999 € ($p=0,011$) e pelos que nunca contactaram com as equipas, mas já delas ouviram falar (49,8%) ($p<0,001$). São menos associados pelos homens (33,3%), mais velhos, 7-11 anos de escolaridade (22,2%), com rendimentos mensais entre 300 e 599 € e pelos que nunca ouviram falar destas equipas (17,6%).

“Morte” é mais associada pelos com curso superior (47,2%) e menos pelos com 4-6 anos de escolaridade (28,9%) ($p=0,007$).

“Fármacos/medicamentos” são mais associados pelos mais novos ($p<0,001$), pelos com curso superior (46,9%) ($p<0,001$) e pelos que, embora nunca tenham contactado com as equipas, já delas ouviram falar (43,9%) ($p=0,027$). São menos associados pelos mais velhos, pelos com menos que a 4.^a classe (22,2%) e pelos que nunca ouviram falar destas equipas (21,6%).

“Cancro” é associado mais pelos com 12 anos de escolaridade ou curso médio (42,4%) ($p=0,030$) e pelos que nunca contactaram com equipas de cuidados paliativos (40,7%) ($p=0,027$) e menos pelos com frequência universitária ou bacharelato (20,8%) e os que nunca ouviram falar destas equipas (21,6%).

“Esperança” é mais associada pelos que já contactaram com as equipas por motivos pessoais (45%) e menos pelos que já contactaram por motivos familiares (15,6%) ($p=0,002$).

“Lares” são mais associados pelos mais novos ($p<0,001$).

“Alegria” é mais associada pelos mais velhos ($p<0,001$), com 4-6 anos de escolaridade (17,8%) ($p=0,010$) e pelos com doença crónica ou grave (14%). É menos associada pelos mais novos, menos que a 4.^a classe (2,8%) e pelos que não têm doença crónica ou grave (6,3%) ($p=0,001$).

“Cura” é associada mais pelos com rendimentos mensais entre 600 e 999 € (10,3%) ($p=0,007$) e pelos que nunca ouviram falar destas equipas (11,8%) ($p=0,027$) e não é associada pelos com rendimentos menores que 300 € ou iguais ou superiores a 5000 € e menos associada pelos que já contactaram com as equipas por motivos pessoais (2,5%).

Discussão

Contrariamente ao habitual, começaremos a discussão pela identificação dos vieses e limitações do estudo. A primeira e grande limitação é a não

representatividade qualitativa da população portuguesa devido à amostragem não ter sido aleatória e muito menos estratificada, pelos diversos fatores que se vieram a revelar como decisivos nas respostas, o que implica precaução redobrada na análise dos resultados. Outra limitação prende-se com a entrega dos questionários por intervenientes alheios à equipa de investigação, o que implicou o não controlo das condições de recrutamento, informação e recolha dos dados. A acessibilidade à população, através das farmácias colaboradoras, embora considerada como adequada face aos constrangimentos financeiros (o estudo não dispôs de financiamento), implicou que a população acessível, e como tal recrutável, fossem aqueles que por um qualquer motivo se deslocassem a esses estabelecimentos.

Discutindo agora os resultados propriamente ditos, no global os portugueses revelam possuir um adequado conhecimento do conceito (9 em cada 10), objetivos (1/4) e modo de trabalho dos cuidados paliativos (cerca de 9 em cada 10), assim como quase 95% já tinha ouvido falar destes recursos/tipo de cuidados, o que denota ser muito positivo e francamente superior aos estudos realizados em outros países.²⁻¹⁰ Esta situação pode tentar justificar-se por uma crescente campanha de informação que nomeadamente a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos tem realizado ao longo dos meses e anos prévios a este estudo. Parece que tal tem dado frutos, ao promover uma maior consciencialização da população, o que se enquadra no requisito de que os cuidados devem ser abordados segundo uma perspetiva de saúde pública.

Apesar deste bons e até, talvez, surpreendentes resultados globais, encontramos dados que resultam da associação entre características sociodemográficas e o conhecimento relativo a estes cuidados, sobre os quais importa refletir.

Assim, constata-se que numa população envelhecida como a portuguesa, são estas faixas etárias que revelam menor conhecimento sobre o tema, apresentando sempre as proporções mais baixas nos diversos prismas de avaliação desse conhecimento. Esta perspetiva deve alertar quem de direto, para que se promovam campanhas adequadas (mensagem e meios de difusão) a esta faixa populacional, pois também são estes que maior necessidade apresentam ou poderão vir a apresentar deste tipo de cuidados.

Embora representem apenas cerca de 7% da população, é também os com menos de 4 anos de escolaridade que denotam uma menor consciencialização do conceito, objetivos e forma de prestação

de cuidados. Serão estes que, provavelmente, menos serão “alcançados” pelas formas de informação que têm vindo a ser utilizadas, o que pode influenciar a menor garantia de acessibilidade a estes cuidados por não os conhecerem e, como tal, serem mais renitentes a utilizá-los.

Interessante, também, se revela o facto de a maioria dos participantes que nunca contactou com as equipas ou delas ouviu falar revelar uma adequada integração dos conceitos, objetivos e forma de trabalho em cuidados paliativos, mas são também estes que apresentam a menor proporção de participantes que o conseguem demonstrar.

No que respeita às palavras associadas a cuidados paliativos, não temos forma de comparação com outros estudos, pois tal não foi neles questionado, mas ressaltam alguns dados interessantes.

Muito poucos associam a cuidados prestados através dos cuidados de saúde primários (menos de 8%). Poucos, à volta de 1/5, associam a “esperança 2 e “vida”. Nenhuma palavras é associada por uma larga e franca maioria a cuidados paliativos, sendo que apenas duas (“médicos” e “bem-estar”) são associadas por mais de metade dos participantes. Esta associação é influenciada por diversos fatores.

Todos estes dados em conjunto parecem denotar a necessidade de diferentes estratégias de difusão das mensagens relativas aos cuidados paliativos, importando para esta dimensão as estratégias utilizadas em *marketing*. Com isto, pretendemos dizer que, mais que uma massificada campanha de informação, se deverá apostar em campanhas e estratégias direcionadas especificamente a determinados e diferentes públicos-alvos, por forma a que se alcancem os objetivos desejados.

Sem uma boa consciencialização da população esta não poderá ser fator de promoção do desenvolvimento destes cuidados nem simultaneamente lutar pelo seu direito de acesso a eles e pela qualidade necessária dos mesmos.

Conclusões

Apesar do bom conhecimento acerca do conceito, objetivos e forma de trabalho dos cuidados paliativos que os dados revelaram, importa reforçar o processo de disseminação dos conceitos-chave junto da sociedade portuguesa, visto que em alguns setores os resultados obtidos apontam para défices importantes.

No que respeita à associação de palavras a cuidados paliativos, existem mais défices associativos,

o que, tendo em conta os fatores que lhes estão associados, levam a um esforço ao acima sugerido, pois são componentes fundamentais dos cuidados paliativos que podem e devem ser disseminados, não só por campanhas ou ações de formação junto da população, mas também pelo testemunho e imagem que são transmitidos pelos profissionais, quer sejam de equipas de cuidados paliativos ou não.

Referências

1. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2017;6736(17):1–64.
2. Center to Advance Palliative Care. 2011 Public Opinion Research on Palliative Care: A Report Based On Research by Public Opinion Strategies [Internet]. Research Commissioned by the Center to Advance Palliative Care Support Provided by the American Cancer Society and the American Cancer Society Cancer Action Network. 2011. Disponível em: https://media.capc.org/filer_public/18/ab/18ab708c-f835-4380-921d-fbf729702e36/2011-public-opinion-research-on-palliative-care.pdf
3. Hirai K, Kudo T, Akiyama M, Matoba M, Shiozaki M, Yamaki T, et al. Public awareness, knowledge of availability, and readiness for cancer palliative care services: A population-based survey across four regions in Japan. *J Palliat Med*. 2011 Aug 1;14(8):918–22.
4. MacLeod RD, Thompson R, Fisher JW, Mayo K, Newman NW, Wilson DM. New Zealanders' knowledge of palliative care and hospice services. *N Z Med J*. 2012 Jan 20;125(1348):51–60.
5. Benini F, Fabris M, Pace DS, Vernò V, Negro V, De Conno F, et al. Awareness, understanding and attitudes of Italians regarding palliative care. *Ann Ist Super Sanità*. 2011;47(3):253–9.
6. Australian Government Department of Health and Ageing. Community attitudes towards palliative care. [Internet]. Canberra: Australian Government; 2006. Disponível em: www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/palliativecare-pubs-comm-att
7. Claxton-Oldfield S, Claxton-Oldfield J, Rishchynski G. Understanding of the term "palliative care": A Canadian survey. *Am J Hosp Palliat Med*. 2004;21(2):105–10.
8. McCarthy J, Weafer J, Loughrey M. Irish views on death and dying: A national survey. *J Med Ethics*. 2010 Aug;36(8):454–8.
9. McIlfatrick S, Hasson F, McLaughlin D, Johnston G, Roulston A, Rutherford L, et al. Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland. *BMC Palliat Care*. 2013;12(1):34.
10. Wallace J. Public awareness of palliative care. Edinburgh: Scottish Partnership for Palliative Care; 2003.
11. Kirshbaum MNY, Carey I, Purcell B, Nash S. Talking about dying and death: a focus group study to explore a local community perspective. *Nurs Reports*. 2011;1:24–34.
12. Seymour JE, French J, Richardson E. Dying matters: Let's talk about it. 341, *BMJ* (Online). *BMJ*; 2010;341:c4860.
13. Seymour J, Almack K, Kennedy S. Implementing advance care planning: A qualitative study of community nurses' views and experiences. *BMC Palliat Care*. 2010;9(1):1–9.
14. The Scottish Government. Living and dying well: a national action plan for palliative and end of life in Scotland. Edinburgh: The Scottish Government; 2008. p. 1–38.
15. Department of Health. End of Life Care Strategy: promoting High Quality Care for All Adults at the End of Life [Internet]. London; 2008. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136431/End_of_life_strategy.pdf

Anexo
Anexo I – Cuidados Paliativos: O que sabem os Portugueses?
Instrumento de recolha de dados

A1-CARACTERIZAÇÃO	
1. Sexo	2. Idade
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	_ _ _
3. Estado Civil	4. Grau de instrução
<input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Casado(a) com registo <input type="radio"/> Casado sem registo (união de facto) <input type="radio"/> Viúvo(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado(a)	<input type="radio"/> Menos que a 4ª classe <input type="radio"/> 4-6 anos de escolaridade <input type="radio"/> 7-11 anos de escolaridade <input type="radio"/> 12 anos de escolaridade ou curso médio <input type="radio"/> Frequência de universidade ou bacharelato <input type="radio"/> Licenciatura, mestrado ou doutoramento
5. Local de Residência	
5.1. Região	5.2. Tipologia
<input type="radio"/> Norte <input type="radio"/> Centro <input type="radio"/> Lisboa e Vale do Tejo <input type="radio"/> Alentejo <input type="radio"/> Algarve <input type="radio"/> Açores <input type="radio"/> Madeira	<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbana
6. Agregado Familiar	
6.1. Dimensão (n.º de pessoas)	6.2. Rendimento familiar líquido
_ _ _	<input type="radio"/> <300€ <input type="radio"/> 300-599€ <input type="radio"/> 600-999€ <input type="radio"/> 1000-1744€ <input type="radio"/> 1745-2999€ <input type="radio"/> 3000-4999€ <input type="radio"/> ≥5000€
7. Estado de saúde	
7.1. Tem alguma doença grave ou crónica?	7.2. Qual?
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	

B-QUESTÕES		
1. Por cuidados paliativos entende-se:		
<input type="radio"/> Modo de cuidar do doente com doença avançada e incurável que pretende melhorar a qualidade de vida do doente e sua família <input type="radio"/> Tratamentos e exames médicos agressivos utilizados com vista à cura do doente <input type="radio"/> Cuidados que o doente necessita para atrasar/adiar a sua morte <input type="radio"/> Cuidados que são prestados a familiares de doentes que morreram recentemente		
2. Os objetivos dos cuidados paliativos são:		
<input type="radio"/> Proporcionar ajuda e resposta fácil aos problemas da família para os familiares <input type="radio"/> Controlo da dor, exclusivamente <input type="radio"/> Cuidar do doente dentro dos mesmos princípios e esquemas terapêuticos gerais <input type="radio"/> Controlar os sintomas; cuidados individualizados e globais do doente; apoiar a família		
3. A forma de trabalhar com os doentes que precisam de cuidados paliativos é:		
<input type="radio"/> Em equipa, integrada por médicos, enfermeiras, assistente social e psicólogo <input type="radio"/> Em equipa, integrada por médicos e enfermeiras exclusivamente <input type="radio"/> Individual, apenas com o médico do centro de saúde <input type="radio"/> Individual, apenas em hospitais e serviços muito especializados		
4. Se estivesse doente com uma doença avançada em fase terminal, quem gostaria que o cuidasse?	5. Se um familiar seu estivesse doente com uma doença avançada em fase terminal, quem gostaria que o cuidasse?	
<input type="radio"/> Médico de família <input type="radio"/> Especialista <input type="radio"/> Equipa de cuidados paliativos <input type="radio"/> Outros	<input type="radio"/> Médico de família <input type="radio"/> Especialista <input type="radio"/> Equipa de cuidados paliativos <input type="radio"/> Outros	
6. Já esteve em contacto com equipas/unidades de cuidados paliativos?		
<input type="radio"/> Sim, por motivos familiares <input type="radio"/> Sim, por motivos pessoais <input type="radio"/> Sim, por motivos familiares e pessoais <input type="radio"/> Não, nunca ouvir falar dessas equipas/unidades <input type="radio"/> Não, embora já tivesse ouvido falar dessas equipas/unidades		
7. Que palavras relaciona com “Cuidados Paliativos” e/ou “Cuidados no final de vida”? (Indique quantas desejar)		
<input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Centro de saúde <input type="radio"/> Morte <input type="radio"/> Cancro <input type="radio"/> Cura <input type="radio"/> Sofrimento	<input type="radio"/> Vida <input type="radio"/> Fármacos/medicamentos <input type="radio"/> Esperança <input type="radio"/> Tranquilidade <input type="radio"/> Bem-estar	<input type="radio"/> Médicos <input type="radio"/> Psicólogos <input type="radio"/> Vontade <input type="radio"/> Lares <input type="radio"/> Alegria